TYBG-2021-1901

附件1

太原市诊所备案信息表（试行）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **诊所名称** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **设置单位（人）** （1）个人举办🞎（2）法人举办🞎（3）其他组织举办🞎（4）其他🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **个人举办**  **填写** | | 姓名 | | |  | | | | | 性别 | | | | |  | | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 执业类别 | | |  | | | | | 执业范围 | | | | |  | | | | | | |
| 执业年限 | | |  | | | | | 最高职称 | | | | |  | | | | | | |
| 联系方式 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **法人举办**  **填写** | | 名称 | | |  | | | | | 社会统一信用代码 | | | | | | |  | | | | |
| 法定代表人 | | |  | | | | | 法定代表人身份证号码 | | | | | | |  | | | | |
| 联系方式 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他组织**  **举办填写** | | 名称 | | |  | | | | | 社会统一信用代码 | | | | | | |  | | | | |
| 其他组织代表人 | | |  | | | | | 其他组织代表人身份证号码 | | | | | | |  | | | | |
| 联系方式 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他（个人、法人、其他组织举办不填写此项）** | | （由两个以上法人或者其他组织共同申请设置医疗机构以及由两人以上合伙申请设置医疗机构的，需提交由各方共同签署的协议书。可附页） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **开办诊所的医生拟执业方式** | | （1）全职🞎（2）兼职🞎，主要执业医疗机构名称：  （如兼职请另附与主执业医疗机构签订的协议，协议要求：按照多点执业有关要求，与主要执业医疗机构通过签订协议等形式明确双方的责任、权利和义务，对其在主要执业医疗机构的工作时间、任务量、服务质量和薪酬绩效分配等提岀具体要求，确保兼职开办诊所的医师能够完成主要执业医疗机构的工作） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊所地址** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊所**  **建筑面积** | | 平方米 | | | | **经营性质**（1）非营利性🞎 （2）营利性🞎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊所统一社会信用代码** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所有制形式**（1）全民🞎（2）集体🞎（3）私人🞎（5）股份制🞎（6）股份合作制🞎（7）其他🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊疗科目**  1.普通诊所：（1）全科医疗科🞎（2）内科🞎（3）外科🞎（4）儿科🞎（5）妇科🞎（6）眼科🞎（7）耳鼻咽喉科🞎（8）皮肤科🞎  2.口腔诊所：口腔科（01牙体牙髓病专业🞎02牙周病专业🞎03口腔粘膜病专业🞎04儿童口腔专业🞎05口腔颌面外科专业🞎06口腔修复专业🞎07口腔正畸专业🞎08口腔种植专业🞎09口腔麻醉专业🞎10口腔颌面医学影像专业🞎11口腔病理专业🞎12预防口腔专业🞎13其他🞎）  3.医疗美容诊所：医疗美容科（01美容外科🞎02美容皮肤科🞎03美容牙科🞎04美容中医科🞎）  4.中医（综合）诊所：中医科🞎  5.中西医结合诊所：中西医结合科🞎  6.民族医诊所：民族医学科（01维吾尔医学🞎02藏医学🞎03蒙医学🞎04彝医学🞎05傣医学🞎）  7.其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医技科室**  **病理科：** （1）自设🞎（2）委托🞎 **消毒供应室：**（1）自设🞎（2）委托🞎  **医学检验科：**（1）自设🞎（明确二级诊疗科目）（2）委托🞎  **医学影像科：**（1）自设🞎（明确二级诊疗科目）（2）委托🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **牙椅数** | | 台 | | **美容治疗床** | 张 | | | **美容手术床** | | | | | | 张 | | **美容观察床位** | | | | | 张 |
| **医疗废物处置方式：**设医疗废物专用暂时储存柜（箱）🞎  与医疗废物处置合法机构（拟）签订服务协议🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医疗污水处置方式：**保证经医疗污水处理设备处理消毒后达到国家排放标准进行排放🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊所人员配备情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **职工人数：** | | | | | | **卫技人员数：** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **法定代表人** | | 姓名： | | | | **主要负责人** | | | | | | 姓名： 联系电话： | | | | | | | | | |
| 性别： | | | | 身份证号： | | | | | | | | | |
| 身份证号： | | | | 执业证书编码： | | | | | | | | | |
| 联系电话： | | | | 执业范围： 执业类别： | | | | | | | | | |
|  | | | | 工作年限： 技术职称： | | | | | | | | | |
| **其他医师（可附页）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | **身份证号码** | | | | **执业类别** | | | | **执业范围** | | | | **执业证书编码** | | | | **技术职称** | | | **工作年限** | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
| **医技人员（可附页）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | | **身份证号码** | | | | **专业** | | | | **执业证书编码** | | | | | | | | **技术职称** | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | |
| **护理人员（可附页）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | | **身份证号码** | | | | **执业证书编码** | | | | | | | | | | | **技术职称** | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
| **信息系统建设情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承建单位** | | | | | 自建🞎其他🞎（承建公司名称）  接入医疗服务监管信息系统🞎 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **包含信息** | | | | | 患者基本信息🞎就诊记录（含挂号、诊断等）🞎处方信息🞎费用信息🞎结算支付方式🞎检查检验🞎其他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诊所举办人承诺  **本举办人承诺：**  一、本诊所从业人员身体健康，能够胜任相关工作；  二、本举办人不存在《医疗机构管理条例实施细则》第十二条规定的以下情形：  （一）不能独立承担民事责任的单位；  （二）正在服刑或者不具有完全民事行为能力的个人；  （三）发生二级以上医疗事故未满五年的医务人员；  （四）因违反有关法律、法规和规章，已被吊销执业证书的医务人员；  （五）被吊销《医疗机构执业许可证》的医疗机构法定代表人或主要负责人；  （六）省、自治区、直辖市政府卫生健康行政部门规定的其他情形；  同时，本举办人承诺不聘用上述第（二）（三）（四）（五）项所列情形之一者担任诊所的法定代表人或者主要负责人。  三、 本举办人了解并掌握开办诊所的相关法律、法规、规章和规范性文件，熟知改革试点地区诊所基本标准及要求。  四、 本诊所的使用面积和建筑布局满足诊疗科目医疗需求。  五、本诊所已建立国家统一规定的各项规章制度（包括但不限于诊所工作制度、病历书写制度、处方书写制度、药品管理工作制度、护理工作制度、消毒隔离制度、传染病管理工作制度、诊所人员岗位职责等）和技术操作规范及诊所人员岗位职责。  六、具有连锁化、集团化诊所一体化管理规范和业务管理机构（仅限于连锁化、集团化诊所）。  七、设备符合改革试点地区诊所基本标准及要求。  八、诊所用房、消防、环保等符合有关法律、法规的规定。  九、本诊所已建立信息系统并与医疗服务监管信息系统互联互通。  十、 如实提供有关备案材料和反映真实情况，并对提供的备案材料内容的真实性、有效性负责。  举办人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备案机关意见** | | | | | 备案机关盖章： 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：  1.请根据实际情况认真填写，表格内有选填项的，在选填后的“🞎”中打“√”  2.诊所举办人对提供的材料真实性负责，虚假提供材料的举办人，按照《中华人民共和国行政许可法》等法律法规进行处理，对失信行为纳入诚信体系管理。  3.本表格一式三份，一份由申请人（申请机构）留存，一份由诊所备案机关存档，一份由县（市、区）卫生健康行政主管部门存档。  4.连锁化、集团化诊所各个执业地点均须填写《太原市诊所备案信息表（试行）》。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |